

Prevalência da fissura de úvula em familiares de fissurados lábio-palatinos

Cleft uvula prevalence in relatives of cleft lip and palate individuals

Márcia ANDRÉ*

Margareth Torrecillas LOPEZ**

Liliane Pereira MACHADO***

Reinaldo BRITO E DIAS****

Beatriz Silva Câmara MATTOS*****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar se a prevalência da fissura de úvula (FU) é maior em familiares de portadores de fissura labiopalatina em relação à população em geral. Esta pesquisa foi realizada com um grupo de estudo composto por 136 familiares de pacientes fissurados e com um grupo controle formado por 287 indivíduos sem história familiar de qualquer deformidade craniofacial. A metodologia consistiu em inspeção da cavidade oral por 2 examinadores, com luz direcionada ao palato posterior e auxílio de abaixador de língua e jatos de ar para eliciar o reflexo do vômito e definir e extensão da FU, segundo a classificação de Meskin. Os resultados mostraram que a prevalência da FU no grupo de estudo foi 2,9:100, sendo todas classificadas como parciais 25% de extensão, e no grupo controle 2,4:100, sendo que prevaleceu a parcial 25%. Concluiu-se que a FU não prevalece em familiares de portadores de fissuras labiopalatinas; não há correlação com o gênero e a fissura de úvula parcial 25% foi a mais incidente.

Palavras chave: Úvula; Epidemiologia; Fissura Palatina.

ABSTRACT

The goal of this study was to verify if the prevalence of cleft uvula is higher in families of cleft palate individuals than in the general population. The study group was composed of 136 relatives of cleft individuals and the control group was composed of 287 individuals without family history of cleft palate. The methodology consisted of oral examination by two examiners, with depression of the tongue to elicit the vomit reflex and air jets to define the cleft extension according to Meskin's classification. The results showed that the study group presented a 2,9:100 prevalence of cleft uvula being all classified as partial 25% of extension and the control group showed a prevalence of 2,4:100, with higher occurrence of partial 25% of extension. In conclusion, the cleft uvula does not prevail in relatives of cleft palate individuals in relation to the general population, there is no sex correlation and the cleft uvula classified as partial 25% of extension has higher incidence.

Keywords: Uvula; Epidemiology; 'left Palate

* Profa. Dra. do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo Facial da FOU SP

** Mestre em Prótese Buco Maxilo Facial pela FOU SP

*** Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP

**** Prof. Titular do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo Facial da FOU SP

***** Profa. Associada do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilo Facial da FOU SP

INTRODUÇÃO

O termo úvula bífida ou fissura de úvula (FU) significa bifurcação parcial ou total da úvula. A úvula é um músculo que anatomicamente foi descrito durante anos como um músculo ímpar, entretanto, o mais aceito atualmente é que seja um músculo par, constituído por dois segmentos separados por um septo. Sua contração determina a formação de uma elevação central no véu palatino, denominada “joelho”, a qual auxilia no fechamento do esfíncter velo-faríngeo.

A ocorrência de fissura de úvula (FU) tem despertado um especial interesse devido à proposição de considerá-la uma forma branda de fissura palatina^{9,14,18,22} e por estar classicamente incluída na tríade que define fenda submucosa, auxiliando o seu diagnóstico^{1,21-22}.

Sua manifestação clínica não está conclusivamente estabelecida, mas o elo entre FU e fissura labiopalatina deve ser investigado, já que sabemos que as fissuras labiopalatinas são decorrentes de herança multifatorial, cuja característica é um aumento do risco de sua ocorrência à medida que é maior o número de indivíduos afetados na mesma família²³.

A presença de FU é consistente com um padrão de transmissão de herança autossômica dominante com penetrância limitada¹². Quanto à prevalência das FU na população geral, a literatura mundial registra valores que variam entre 0,44% a 3,30%^{4, 11,20}.

A exemplo das fissuras labiopalatinas, a incidência da FU é maior nos índios e mongóis, ultrapassando os 10%⁸, nos caucasianos é aproximadamente 3%²⁵, enquanto que nos negros americanos apresenta valor pouco significativo¹⁶. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar se a prevalência de FU é maior em familiares de indivíduos portadores de fissura labiopalatina em relação à população geral.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e na

Pré-Escola Espaço Livre localizada na zona sul de São Paulo. Foram examinados 423 indivíduos, independente de raça, gênero ou idade, os quais foram distribuídos em dois grupos: 1. grupo de estudo constituído de 136 indivíduos, todos familiares (pais e/ou irmãos) de pacientes portadores de Fissura Labiopalatina, em atendimento no Ambulatório do Setor de Lábio e Palato da Disciplina de Prótese Buco Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2. grupo controle constituído de 287 indivíduos, sendo 95 alunos da Pré-Escola Espaço Livre e 192 alunos de Graduação da Disciplina de Prótese Buco Maxilo Facial da FOUSP. Todos referiram desconhecer história familiar de fissura labiopalatina ou de qualquer outra anomalia craniofacial.

O exame foi realizado por meio da inspeção da cavidade oral com auxílio de abaixador de língua e luz direcionada. A utilização da lanterna Maglite Solitaire (Mag Instruments, USA), permitiu a observação da úvula com visão direta e frontal. Para permitir melhor definição da extensão da fissura, foi necessário trabalhar com um rápido jato de ar, para eliciar o reflexo de vômito, em especial nos palatos longos.

Dois observadores examinaram separadamente cada indivíduo, com finalidade de maior precisão no diagnóstico da FU e particularmente da sua extensão, por meio da classificação proposta por Meskin *et al.*¹¹ (1964) (Figuras 1 a 5).

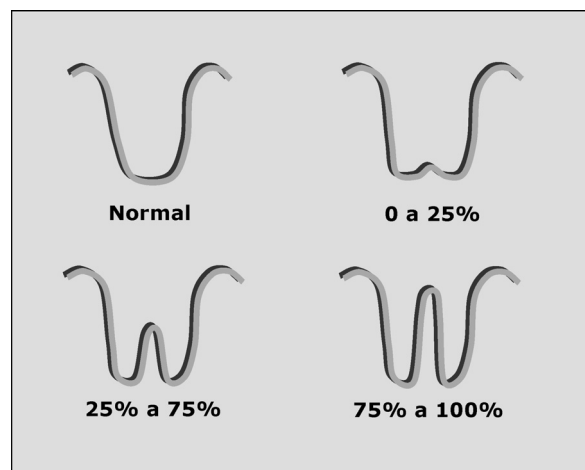


FIGURA 1 - Classificação de FU (Meskin *et al.* 1964).



FIGURA 2 - Úvula normal.



FIGURA 4 - FU parcial 25% - 75%.



FIGURA 3 - FU parcial 0 - 25%.



FIGURA 5 - FU total.

RESULTADOS

Os resultados foram submetidos e analisados estatisticamente por meio da aplicação do teste de Qui quadrado ajustado pela estatística de Fisher com o intuito de verificar a associação entre os pares de variáveis, com nível de significância estabelecido em 5%.

TABELA 1 – Número e percentual de indivíduos segundo a classificação da úvula.

	FU	úvula normal	total
Estudo	4 (2,94%)	132 (97,05%)	136 (100%)
Controle	7 (2,43%)	280 (97,56%)	287 (100%)

p= 0,642

TABELA 2 – Classificação dos indivíduos segundo o gênero e a configuração da úvula.

Grupo de estudo			Grupo controle			
	úvula normal	FU	total	úvula normal	FU	total
masculino	35(25,73%)	1(0,73%)	36(26,47%)	102(35,54%)	4(1,39%)	106(36,93%)
feminino	97(71,32%)	3(2,20%)	100(73,52%)	178(62,02%)	3(1,04%)	181(63,03%)
total	132(97,05%)	4(2,94%)	136(100%)	280(97,55%)	7(2,43%)	287(100%)
p= 0,256*			p= 0,738*			

* p > 0,05

TABELA 3 – Distribuição das FU segundo a classificação de Meskin.

	FU 0 a 25%	FU 25 a 75%	FU 75 a 100%	total
Estudo	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
Controle	4 (57,14%)	2 (28,57%)	1 (14,28%)	7 (100%)
Total	8 72,72%	2 (18,18%)	1 (9,09%)	11 (100%)

p = 0,021**

** p < 0,05

DISCUSSÃO

A incidência da FU no grupo controle foi 2,43% e no grupo de estudo 2,94%, valores que se enquadram nos encontrados na literatura mundial^{4,5,11,20} (Tabela 1). Considerando a FU uma microforma de um defeito na fusão dos processos palatinos, cuja expressão maior resultaria em fissura palatina^{9,18}, seria esperado que certos aspectos da FU fossem semelhantes. Diversos trabalhos^{6,7,13,19,26} apresentaram uma incidência maior de fissura palatina no gênero feminino, desta forma é possível supor maior prevalência de FU neste gênero. Observando a tabela 2, verifica-se que no grupo controle houve discreta predominância da FU no gênero masculino (p= 0,738), não reforçando esta hipótese. Este achado foi notificado pelos trabalhos de Meskin *et al.*¹¹ (1964), Jaffe & De Blanc⁸ (1970), Lindelmann *et al.*¹⁰ (1977), Chosak & Eidelman⁴ (1978), Schwartz *et al.*¹⁷ (1985) e Rivron¹⁵ (1989). Somente Taylor²⁴ (1972) registrou incidência maior (66%) no gênero feminino.

Em relação à extensão das FU (Tabela 3), em ambos os grupos predominam as fissuras parciais, sendo a 0-25% mais significativa (p=0,021). Diversos autores^{8,15,24} apresentaram resultados semelhantes aos deste estudo, embora Schwartz *et al.*¹⁷ (1985) tenham encontrado uma prevalência das FU parciais 50%.

Quanto ao grupo de estudo, constatou-se maior prevalência de FU no gênero feminino, embora sem significância estatística (Tabela 2). Não foi encontrado nenhum trabalho na literatura semelhante a este, que partindo do exame de familiares de fissurados registrasse a ocorrência de FU.

Meskin *et al.*¹¹ (1965) e Chosak & Eidelman⁴ (1978) que examinaram familiares diretos de indivíduos com FU, não observaram nenhuma correlação com a presença de FU. Chosack e Eidelman⁴ (1978) afirmaram não ser um fator genético predisponente, ou seja, a presença da FU em uma família não daria a ela um risco maior de ocorrência de fissuras labiopalatina. Relacionando os dois grupos pesquisados observa-se que não houve prevalência de FU em familiares de portadores de fissura labiopalatina (p> 0,05).

CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos pode-se concluir que:

1. não há correlação da FU com o gênero;
2. as FU parciais 25% são as mais prevalentes;
3. as FU não prevalecem em familiares de portadores de fissuras labiopalatinas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETONI, V.C.C.; RIEHL, L.; GENARO, K.F. Sintomas funcionais na fissura de palato submucosa operada e não operada. In: **Anais da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**; 2005; Santos.
2. CERVENKA, J.; SHAPIRO, B.L. Cleft uvula in Chippewa Indians: prevalence and genetics. **Human Biol** v.42, p.47-52, 1970.
3. CHI, S.C.C.C. Cleft lip and palate in New South Wales. **Aust Dent J** v.19, n.2, p.171-7, 1974.
4. CHOSACK, A.; EIDELMAN, E. Cleft uvula: prevalence and genetics. **Cleft Palate J** v.15, p.163-7, 1978.
5. DELLIS, M.T.; ZEDEBSKI, R.A.M.; TAVEIRA, L.A.A. Avaliação clínica por amostragem da incidência de úvula bífida na população escolar de Bauru. **Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP**; 2006; Ribeirão Preto.
6. GREENE, J.C. Epidemiologic study of cleft palate in four states. **J Amer Dent Assoc** v.68, n.3, p.387-404, 1964.
7. GUNDLACH, K.K.; MAUS, C. Epidemiological studies on the frequency of clefts in Europe and world-wide. **J Craniomaxillofac Surg** v.34, n.Suppl.2, p.1-2, 2006.

8. JAFFE, B.F.; DE BLANC, G.B. Cleft palate cleft lip and cleft uvula in Navajo Indians: incidence and otorhinolaryngologic problems. **Cleft Palate J** v.7, n.1, p.300-5, 1970.
9. KOCH, H.; GRZONKA, M.; KOCH, J. Cleft malformation of lip, alveolus, hard and soft palate, and nose (LAHSN)- a critical view of the terminology, the diagnosis and gradation as a basis for documentation and therapy. **Brit J Oral Maxillofac Surg** v.33, p.51-8, 1995.
10. LINDELMANN, G.; RIIS, B.; SEWERIN, I.B. Prevalence of cleft uvula among 2.732 Danes. **Cleft Palate J** v.14, n.3, p.226-9, 1977.
11. MESKIN, L.H.; GORLIN, R.J.; ISSACSON, R.J. Abnormal morphology of the soft palate: I- The prevalence of cleft uvula. **Cleft Palate J** v.1, n.3, p.342-6, 1964.
12. MESKIN, L.H.; GORLIN, R.J.; ISSACSON, R.J. Abnormal morphology of the soft palate: II -The genetics of cleft uvula. **Cleft Palate J** v.2, n.1, p.40-5, 1965.
13. REZENDE, J.R.V.; MARINGONI FILHO, N. Relacionamento entre os fatores presentes no nascimento de malformados do lábio e do palato: sexo com tipo e lado da lesão. **Rev Paul Odont** v.3, n.2, p.32-8, 1981.
14. RICHARDSON, E.R. Cleft uvula incidence in Negroes. **Cleft Palate J** v.7, n.2, p.669-72, 1970.
15. RIVRON, R.P. Bifid uvula: prevalence and association in otitis media with effusion in children admitted for routine otolaryngological operations. **J Laryngol Otol** v.103, n.3, p.249-52, 1989.
16. SCHAUMANN, B.F.; PEAGLER, F.D.; GORLIN, R.J. Minor craniofacial anomalies among a Negro population. **Oral Surg** v.29, n.4, p.566-75, 1970.
17. SCHWARTZ, R.H.; HAYDEN, G.F.; RODRIQUEZ, W.J.; SHPRINTZEN, R.J.; CASSIDY, J.W. The bifid uvula: is it a marker for an otitis prone child? **Laryngoscope** v.95, n.9 Pt 1, p.1100-2, 1985.
18. SHAPIRO, B.L.; MESKIN, L.H.; CERVENKA, J.; PRUZANSKY, S. Cleft uvula: a microform of facial clefts and its genetic basis. In: The third conference of clinical delineation of birth defects; 1970 June 15-19; Baltimore.
19. SHAPIRO, Y.; LUBIT, E.; KUFTINEC, M.M. The distribution of clefts of the primary and secondary palates by sex, type and location. **Angle Orthod** Dec; v.69, p.523-8, 1999.
20. SHPRINTZEN, R.J.; SCHWARTZ, R.H.; DANILLER, A.; HOCH, L. Morphologic significance of bifid uvula. **Pediatrics** v.75, n.3, p.553-61, 1985.
21. STAL, S.; HICKS, M.J. Classic and occult submucous cleft palates: a histopathologic analysis. **Cleft Palate Craniofac J** v.35, n.4, p.351-8, 1997.
22. SURYADEVARA, A.C.; SHERARD, A.T. Floating the uvula: An intraoperative method for detecting bifidity. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol** v.71, n.1, p.175-7, 2007.
23. TALAROVÁ, M. Microforms of cleft lip and/or cleft palate. **Acta Chir Plast** v.11, p.96-107, 1969.
24. TAYLOR, G.D. The bifid uvula. **Laryngoscope** v.82, p.771-8, 1972.
25. WHARTON, P.; MOWRER, D.E. Prevalence of cleft uvula among school children in kindergarten through grade five. **Cleft Palate Craniofac J** v.29, n.1, 10-4, 1992.
26. WILSON, M.E.A.C. A ten-year survey of cleft lip and cleft palate in the South West Region. **Brit J Plast Surg** v.25, n.3, p.224-8, 1972.
- Recebimento:12/5/2007
Aceito: 9/1/2009
-
- Endereço para correspondência:
Márcia André
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
Av. Lineu Prestes, 2227 Butantã
Cep. 05508-900
e-mail: mandre@usp.br